

טופס הסכמה להזרקת חומר מילוי זמני/נספג חומצה היאלורונית מסוג JALUPRO ו- JALUPRO HMW

מטופל/ת יקר/ה, יש לקרוא טופס זה בעיון רב, טרם כניסתך לפגישה עם הרופא, פגישה בה יסביר לך הרופא על הטיפול אותו אתה מעונין/ת לבצע וכן יענה על שאלותייך באופן מלא ומפורט.

Jalupro אושר לשימוש ע"י משרד הבריאות הישראלי
הרכב החומר: 20מ"ג חומצה היאלורונית, אשכול חומצות אמינו : L-ליזין, L-פרולין, גליצין, L-לאוצין

הריני מאשר/ת בזה כי הוסברה לי מטרת הטיפול:

בירוויטליזציה (השבת החיות והחיוניות) של העור. **Jalupro** (ג'לופרו) משמש למטרות אסתטיות : שיפור במראה ומרקם העור. **Jalupro** משחזר את המראה הקורן והמוצק של עור "עייף", מונע ומקטין צניחת עור (פנים וגוף), מפחית קמטוטים וסימני הבעה, מונע אלסטוזיס, משפר את הנראות של צלקות (כולל אקנה), קלואידים וסימני מתיחה אדומים. הזרקת **Jalupro** לשכבת העור מיטיבה עם רקמת החיבור ע"י גירוי פיברובלסטים לייצור קולגן אשר משפיע על תכונות העור ומביא להצרתו.

הריני מאשר/ת בזה כי הוסבר לי התהליך הטיפולי:

הטיפול ב-**Jalupro** כרוך בכאב בדרגה נמוכה, אך מטופלים מסוימים עקב מצב רגשי או סף כאב נמוך, יתכן ויחוו כאב בדרגה גבוהה יותר. מנח המטופל : הטיפול מבוצע בדרך כלל בשכיבה על הגב או בהישענות לאחור הכנת העור : ניקוי וחיטוי העור ע"י אצטון/אלכוהולאילחוש : מריחת משחה מאלחשתהכנת התכשיר : ריקון האמפולה המכילה ג'ל חומצה היאלורונית אל תוך הבקבוקון המכיל חומצות אמינו. מנערים עד לקבלת תמיסה אחידההזרקה : התמיסה שהתקבלה מוזרקת אל שכבת העור הדרמלית באמצעות מחט , במספר נקודות הפרושות על הפנים ו/או הגוףניקוי העור וסיום הפעולה : בתום ההזרקה , יש לנקות את העור עם גזה ספוגה במי חמצן ולמרוח קרם הגנה או זולין...המרכיבים המוזרקים הינם בעלי תאימות ביולוגית (ביקומפטבילי) ונספגים במלואו.

הריני מאשר/ת שהובהר לי ע"י הרופא המטפל כי:

Jalupro הינו מכשיר רפואי בעל רישיון משרד הבריאות הישראלי הנועד לשימוש ע"י רופא בלבד. הזרקת חומצה היאלורונית וחומצות אמינו למטרות אסתטיות ושיפור מראה ומרקם העור נמצאים בשימוש נרחב בארץ ובעולם ואין המדובר בטיפול חדשני ו/או ניסיוני. למרות זאת עדיין אין בנמצא מידע מהימן לגבי השלכות לטווח הרחוק. הטיפול מותר בנשים הרות ו/או מניקות.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה טופיקלית (ע"י משחה) או מקומית (ע"י זריקות), לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובות אלרגיות בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

הריני מאשר/ת בזה כי ניתנו לי הנחיות לאחר טיפול:

הזהרתי כי עלי להימנע מחשיפה לשמש או לחום במשך 24 שעות. כמו כן להימנע מפעילות גופנית למשך יממה. יש למרוח זולין על מנת לשמור על לחות העור ביממה לאחר הטיפול. לקבלת תוצאה אפקטיבית אופטימלית נדרשת סדרת טיפולים כשהממוצע הינו 4 טיפולים במרווחים של 10-20 ימים. ברור לי שברבות הזמן יתכן ואזדקק לטיפולים נוספים על מנת לשמר את תוצאות הטיפול. כמו כן אני מבינה שהתגובה לאחר כל טיפול וטיפול שונה ולפיכך משתנה גם מספר הטיפולים הנחוץ להשגת המטרה. ברורה לי החשיבות של ההקפדה על לוחות הזמנים בין הטיפולים העתידיים על מנת להשיג תוצאות מוצלחות.

אני מתחייב/ת למלא, אחר ההוראות שניתנו לי ע"י הרופא, לפני, במהלך ולאחר הטיפול. אני מבין/ה שמידת אחריותי והן ביצוע מלא ומדויק של ההוראות שלאחר הטיפול, כמו גם ביקורים חוזרים לפי הצורך, הכרחיים להצלחת הטיפול. עוד אני מצהירה כי קראתי בעיון רב והבנתי את כל ההוראות שלאחר הטיפול וכן עברתי עליהן עם הרופא.

הריני מאשר/ת בזה כי תוארו בפני שיטות טיפול חלופיות:

פילינג – קילוף עור (כימי או ע"י אנרגיית אור), הזרקת חומרי מילוי אחרים לטיפול בקמטים, דרמולר, מזותרפיה, סקין-בוסטר והזרקת קולגןהוסברו לי היתרונות והחסרונות של הטיפול המבוקש על פני הטיפולים האחרים.

הריני מאשר/ת בזה כי הוסברו לי תופעות לוואי אפשריות וסיכונים:

לרבות: גירוי, צריבה, נפיחות, דימום במקום המוזרק, ושטפי דם ייתכנו לאחר כל טיפול. אולם בד"כ תופעות אלו הינן זמניות וחולפות מאלהן תוך מספר ימים. סיכונים נדירים שדווחו, כוללים זיהום ותגובה אלרגית המתבטאים באדמומיות, נפיחות ואי-נוחות באזורים המוזרקים.

▪ בנוסף להסברים שניתנו לי הייתי מעוניין/ת לקבל הסבר נוסף ו/או מפורט יותר ביחס לנקודות הבאות:

▪ אני מודעת/ת לכך שמקצוע הרפואה בכלל והרפואה האסתטית בפרט אינו מדע מדויק ולכן לא ניתן להבטיח את תוצאות הטיפול. אני מאשר/ת ומכירה/ה בכך שלא ניתנה לי כל ערובה או אחריות בין אם במפורש או בין אם במרום על ידי מי מהמטורבים, באשר לטיפול אותו אני מבקש/ת ומאשר/ת לבצע ותוצאותיו (מרקם העור-גודל וכמות נקבוביות/צללקות, החלמת אקנה וחטטי אקנה, גוון העור והיעלמות היפרפיגמנטציה). הובהר לי שאמנם צפויה תוצאה טובה, אך היא אינה ניתנת לחיזוי מוחלט ועל כן אין כל ערובה להצלחת הטיפול ו/או מניעת כישלון הטיפול והופעת תוצאות לא רצויות.

▪ הנני מאשר/ת כי קראתי והבנתי את האמור לעיל וכי התהליך הטיפולי הוסבר לי במלואו ואני מבין/ה את מטרתו ומהלכו של הטיפול שיינתן לי והסיכונים הכרוכים בו, כמו גם שיטות טיפול חלופיות אפשריות.

▪ הוסבר לי כי בחלקים מסוימים בטיפול ותחת השגחת הרופא, יסייע איש צוות מיומן אשר מוכשר לכך. אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל הליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המקום בו מתבצע הטיפול וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הטיפול יהיה רופא מוסמך. הריני מאשר/ת בזאת לרופא לטפל בי, והנני מסכים/ה לשחררו מכל טענה או תביעה בגין נזק, פגיעה או תלונה כתוצאה ממצב שיווצר אשר לא היה תחת שליטתו.

▪ אני מצהירה/ה שקראתי ומילאתי את טופס השאלון הרפואי ובכללו את ההיסטוריה הרפואית שלי, בצורה מלאה, מפורטת ומדויקת למיטב ידיעתי. אני מאשר/ת שמסרתי לרופא המטפל את כל המידע לגבי מצבי הרפואי ועניתי בצורה נכונה ומלאה על כל השאלות שנשאלתי וכן מסרתי את כל המידע לגבי תרופות אותן אני נוטל/ת או נטלתי בעבר.

▪ אני מצהירה/ה שאני מעוניין/ת לבצע את הטיפול מרצוני החופשי וללא כל התניה גופנית או מוסרית, וכן אני מודעת/ת לכך ששמורה לי הזכות להפסיק את הטיפול בכל עת בה אחפוץ ומבלי להצדיק את החלטתי.

▪ אני נותן/ת את הסכמתי לכך, שצילומי לפני/אחרי שלי ישמשו לשם הערכת הטיפול. כמו כן אני מאשר/ת להשתמש בצילומים למטרות לימודיות, הדגמות למטופלים, הצגה בכנסים רפואיים או במאמרים רפואיים, צרכי הדרכה במדיה מודפסת או דיגיטלית, תוך הסתרה של פרטים מזהים.

הריני מאשר/ת בזאת ומבקשת להעניק לי טיפול מסוג _____

שם המטופל/ת: _____ | ת"ז: _____ | חתימה _____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/ת על סוג הטיפול אותו הוא/היא אמורה לעבור, מטרת הטיפול ומהלכו, תופעות הלוואי והסיכונים האפשריים שיכולים לנבוע מביצוע הטיפול, וכן על שיטות טיפול חלופיות.
אני מאשר/ת כי המטופל/ת חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

תאריך: ____/____/____ | שם הרופא/ת: _____ | חתימה וחותמת _____